

**Demande de communication de votre dossier médical**

Vous souhaitez obtenir  **votre dossier médical** . Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à la  **Direction de la Qualité et de la Patientèle - Hôpital Bretonneau - 37 044 Tours Cedex 9**  ☎  **02 47 47 88 01**

**IDENTITÉ DU PATIENT**

Je soussigné(e) : Madame, Mademoiselle, Monsieur (*Barrez les mentions inutiles*)

Nom.....Nom de jeune fille.....Prénom.....

Date de naissance : \_/ \_/ \_ \_ \_ \_ Demeurant : .....

.....Téléphone.....

- Souhaite obtenir :
- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| - éléments essentiels du dossier : | <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation                    |
|                                    | <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire                           |
|                                    | <input type="checkbox"/> Clichés sur support CD-Rom (radios, scanners ...) |
| - autres documents :               | <input type="checkbox"/> .....   |

**RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER**

Service(s) concerné(s) : .....

Date(s): .....

Chefs de Services : .....

**MODALITÉ DE COMMUNICATION**

Je souhaite :

- la consultation de mon dossier à l'hôpital (sur rendez-vous) et éventuellement la remise de copies (soumise à facturation)
- le retrait de mon dossier à l'hôpital (sur rendez-vous et soumis à facturation)
- l'envoi postal à mon domicile (frais de copies et d'envoi soumis à facturation)
- l'envoi postal à un médecin que je désigne :

Docteur : Nom :.....Prénom :.....

Adresse.....

Téléphone.....

Médecin traitant  Autre médecin  préciser : .....

Date .....

Signature

➤ Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre un **justificatif d'identité (copie recto-verso carte nationale d'identité ou passeport)**.